

LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD: EL CASO DE LA REGIÓN CARIBE 2003

FABIAN DARIO GARCIA HERRERA

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SANTA MARTA
AGOSTO
2006**

**LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD: EL CASO DE LA
REGIÓN CARIBE 2003**

FABIAN DARIO GARCIA HERRERA

**Memoria de grado presentada como requisito parcial para optar al título de
ECONOMISTA CON ÉNFASIS EN ECONOMÍA INTERNACIONAL**

SIRLY EDELIS CASTRO TUIRÁN
Magíster en economía

DIRECTOR

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONOMICAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SANTA MARTA
AGOSTO
2006**

Después de haber pasado por todo el proceso de mi carrera, que fue un poco largo y difícil, agradezco a Dios por no dejar que nunca desvariara en mí intento por lograr las metas que me propuse conquistar y que hoy se cumplen.

Le doy infinitas gracias a mis padres por darme la vida, y en especial a mi madre que con persistencia y esfuerzo logro sacarme adelante en los momentos en que mas me encontraba vulnerable.

A mis hermanos que de una u otra manera estuvieron conmigo en el proceso que hoy culmina exitosamente.

Al profesor Jaime Morón, por siempre tener una frase alentadora que invitaba a seguir adelante, y sobre todo por su paciencia perseverancia y las ganas de colaboración que mostró siempre y que contribuyeron a que este trabajo se lograra de una forma correcta.

Quiero agradecerle especialmente a mi directora de tesis Sirly Castro Tuiran, que camino conmigo durante todo el proceso de este trabajo, nunca se rindió y siempre encontraba la solución a cualquier inconveniente que se presentara, gracias a ella este estudio fue exitoso.

A Liliana Estupiñán por su valiosa amistad, por sus consejos y sobre todo por su apoyo que fue siempre incondicional

A Carmen Gómez, por su amistad durante los 5 años que compartimos en la universidad.

A Ana Luz Reales por su amistad y su ayuda que me permitieron resolver muchas inquietudes que se presentaban durante la investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera me apoyaron y animaron a continuar adelante con esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de Cuadros.....	9
Tabla de Gráficos.....	10
1. Introducción.....	11
2. El Régimen Subsidiado.....	13
2.1. Antecedentes del Régimen subsidiado en Colombia.....	13
2.2 Estudios empíricos en el tema.....	15
3. El Régimen Subsidiado En La Región Caribe.....	18
3.1. Caracterización de la población afiliada y no afiliada al régimen subsidiado en la Región Caribe	18
4. Metodología de análisis.....	29
4.1. Fuentes de información.....	30
4.2. Estimación de un modelo para el régimen subsidiado en la Región Caribe...	30
5. Conclusiones.....	33

6. Bibliografía.....	35
7. Anexos.....	37

Tabla De Cuadros

Población afiliada y no afiliada al sgsss en la región. 1997 y 2003.....	18
Población afiliada y no afiliada al SGSSS por grupo étnico en la Región Caribe. 2003.....	19
Población afiliada y no afiliada al SGSSS por estado civil en la Región Caribe. 2003.....	20
Población afiliada y no afiliada al SGSSS por género, en la Región Caribe. 2003	21
Población afiliada y no afiliada al SGSSS por edad, en la Región Caribe. 2003.....	22
Razón de afiliación a algún sistema de salud, en la Región Caribe. 2003.....	22
Estado de salud de los afiliados o no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003.....	23
Período entre remisión y consulta reportaron los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003.....	26
Percepción sobre la calidad del servicio de los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 1997 y 2003.....	27
Aspectos más influyentes en la percepción de calidad del servicio para los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003.....	28

Determinantes de la afiliación al régimen subsidiado a nivel nacional.....	31
Determinantes de la afiliación al régimen subsidiado en la Región Caribe.....	32

Tabla de Gráficos

Gráfico 1. Afiliados al SGSSS en la Región Caribe, por decil de ingreso. 2003.....	24
Gráfico 2. Afiliados al SGSSS en la Región Caribe, al interior del decil de ingreso. 2003.....	25
Gráfico 3. Ingreso per capita para los deciles 1 – 5 por Región. 2003.....	26

1. INTRODUCCIÓN

Para aumentar la cobertura en salud, se han llevado a cabo la adopción de reformas sectoriales en los países de América Latina y el Caribe encaminadas a ofrecer aseguramiento de salud a todos y cada uno de sus habitantes. Si bien las políticas adoptadas han logrado adelantos importantes en cuanto a lo teórico y normativo, en la práctica las metas establecidas están lejos de haberse alcanzado y en muchos países existen grandes diferencias entre la cobertura real de la población y su cobertura teórica. Ello se debe, en gran medida, al manejo que brinda la organización y otras características internas sobre el manejo de los sistemas de salud vigentes en cada país, o en otro caso a factores de carácter político, macroeconómico, social, y cultural.

Es bien sabido que, la protección social en salud no fue un propósito explícito de las reformas de salud. En la mayoría de los países, estas reformas se producen como consecuencia de los procesos de transformación del Estado o de ajustes que se van necesitando por el entorno. La importancia de esta clarificación es básica ya que como resultado de pronunciaciones por parte de los habitantes afectados, se ha generado una fuerte presión sobre el sector de la salud para mejorar la eficiencia y reducir costos, pero lamentablemente en muchos casos, a expensas de la calidad. Se suma a esto el incremento de la inequidad en el acceso que crean estas condiciones, y el impacto sobre la efectividad del gasto individual para los excluidos, ya que la perspectiva de tener que pagar del bolsillo lleva a postergar dicho gasto al máximo, con el consecuente incremento en los costos.

La afiliación al régimen subsidiado en el país y en la Región Caribe, debe ser de carácter prioritario para el sistema de salud, teniendo en cuenta que una parte significativa de la población no puede acceder a estos servicios, ya sea por barreras económicas, territoriales o por determinaciones sociales políticas y culturales.

Siendo un tema de gran importancia para toda la población y en particular, para la Región Caribe; con este estudio se pretende estudiar el caso de la afiliación al régimen subsidiado de salud, en la Región Caribe, utilizando la encuesta calidad de vida (ECV) del año 2003.

Los resultados que arroje esta investigación ayudarán a proponer mecanismos que permitan mejorar el sistema de afiliación a salud subsidiada y la calidad del servicio prestado a los habitantes más necesitados ubicados en la Región Caribe.

El documento se divide en 5 capítulos. El primero es esta introducción, el segundo capítulo describe los antecedentes y algunas consideraciones conceptuales del régimen subsidiado; el tercer capítulo se enfoca en el Régimen subsidiado en la Región Caribe, el cuarto capítulo trata acerca de la metodología de análisis que se utilizará para el desarrollo de esta investigación y por último se dan algunas conclusiones.

2. EL REGIMEN SUBSIDIADO

2.1 Antecedentes del Régimen subsidiado en Colombia

Durante la década de los noventa se implementaron en el país importantes reformas estructurales, entre las cuales se encuentra la aplicada al sistema de salud, se inicia con un hecho de vital importancia para sentar las bases hacia el logro del mejoramiento de la salud de los Colombianos. El 10 de enero el Señor Presidente Virgilio Vargas sanciona la Ley 10 de 1990, por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando el sistema y dejándolo bajo la responsabilidad de los Alcaldes y Gobernadores. Lo anterior plantea la necesidad de ver el concepto de salud de una manera diferente, ya que para poder cumplir con el principio de la universalidad en los momentos actuales, en donde los índices de crecimiento poblacionales son altos; se haría extremadamente difícil si fuese la salud pública única y exclusivamente responsabilidad del Estado, ya que ningún presupuesto alcanzaría para cubrir las necesidades en salud de las comunidades, ni alcanzarían los médicos de todas las universidades del país para diagnosticar, tratar y rehabilitar; por lo que se hace indispensable pensar en lograr un estado óptimo de salud mediante la Promoción y la Prevención como uno de los medios con los cuales podemos contar los ciudadanos y la comunidad en general para lograr la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Ante la ausencia de la ley de ordenamiento territorial, la Ley 60 de 1993 se atribuyó no sólo la regulación de las transferencias territoriales consagradas en los artículos 356, 357, 359 y 359 de la Constitución sino que además distribuyó competencias entre la nación,

los departamentos, los municipios y distritos en el manejo de los servicios públicos y sociales financiados con estos recursos.

Las transferencias a los municipios mediante la Ley 12 de 1986 lograron mejorar en forma efectiva las participaciones municipales pasando desde el 6% ICN¹ hasta el 10% en 1991, luego de caer al 8% en 1992, la Ley 60 de 1993 logró recuperarlas de nuevo hasta el 10% de los ICN en 1995(Jaramillo 1995)

Así, en 1993, la Ley 100 reformó completamente la organización, financiamiento y entrega de los servicios de salud con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (Florez y Tono, 2002)

El sistema de seguridad social integral fue creado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993. Su objetivo básico es garantizar el acceso de toda la población, buscando remediar las inequidades más relevantes del antiguo sistema de prestación de servicios de salud: las económicas y las bajas coberturas. El nuevo modelo cambia radicalmente su orientación y su definición. Pasa de ser un modelo estructurado con base en subsidios a la oferta a uno cubierto con subsidios a la demanda. (Ortiz, 2003)

A partir de estas reformas, la seguridad social en Colombia está compuesta por el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Al menos en teoría, los individuos con capacidad de pago, son cubiertos por el régimen contributivo y su contribución es del 12% del salario mensual. Los pobres son cubiertos por el régimen subsidiado gratuitamente, debido a que el 100 % del valor del plan de salud del régimen subsidiado

¹ Ingresos corrientes de la nación

es cubierto con subsidios gubernamentales y con el punto de solidaridad². Ambos regímenes tienen acceso a un plan básico, los del régimen contributivo al plan obligatorio de salud (POS) y los del subsidiado al plan obligatorio de salud subsidiado (POSS). (Ortiz, 2003).

Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud constituye uno de los retos más importantes de los sistemas de salud, más aún en naciones o regiones en las que una parte importante de la población no puede hacer uso de los servicios por barreras de distinto orden que van desde el costo de los servicios hasta la opinión de la población sobre ellos, pasando por la dimensión territorial y sus múltiples determinaciones económicas, sociales, políticas y culturales. (Acosta, Eslava. et al, 1999). Las dificultades por las que ha atravesado el régimen subsidiado no justifican el abandono de esta política sin haber emprendido los esfuerzos que se requieran para superarlos o sin tener preparada una estrategia que la sustituya en su integridad. (Peñalosa y Henao, 2002).

2.2 Estudios empíricos en el tema

Las diferentes características de salud en cuanto a condición socioeconómica en el país han sido identificados en varios estudios como por ejemplo el de (Ministerio de Salud y Ascofame³ (1972); Vivas J. et al. (1988); Pabón A., Rodríguez, Rico J. (1984); Pabón (1991); Oróstegui M., (1990), aquí se analiza no solo como esta la salud si no también un

² El punto de solidaridad es uno de los 12 puntos porcentuales de aporte al régimen contributivo que se designa para el régimen subsidiado.

³ Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

punto importante que es el acceso el uso y la distribución de los recursos destinados a los servicios de salud

No obstante, un tema aún poco explorado, es la probabilidad de que en Colombia exista inequidad en la afiliación en salud entre regiones. A pesar de que algunos autores piensan que este tipo de discriminación no tiene lugar en el país (Bello y Rangel, 2000).

La única encuesta nacional en Colombia que posee información acerca de la salud es la Encuesta de Calidad de Vida. Posiblemente esta es una de las razones de la escasa literatura sobre el tema. El único trabajo que hasta el momento ha intentado medir las inequidades en asistencia sanitaria y servicios de salud en Colombia es el trabajo de Bernal y Cárdenas (2004). Los autores de este documento usan la ECV-2003 y la encuesta de Familias en Acción 2002⁴ para determinar posibles inequidades en diferentes aspectos en la asistencia sanitaria y servicios de salud.

La reforma colombiana de la salud intenta igualar el acceso a los servicios médicos para los pobres dándonos el seguro que puede comprar en entidades públicas o privadas. Este caso fue presentado por que llamo la atención que una mujer joven, afiliada con SolCaribe en Barranquilla, que ha tenido dos operaciones para un tumor malo en su cerebro. Ella no habría podido cubrir las operaciones sin el esquema actual del seguro.

⁴ Familias en Acción es uno de los tres programas de la Red de Apoyo Social-RAS, que el país puso en marcha para mitigar los efectos negativos de la crisis económica y el ajuste fiscal de los grupos poblacionales más vulnerables. Este programa de subsidio familiar está dirigido a pequeñas comunidades rurales con alto nivel de desempleo y poca o nula ayuda gubernamental. Familias en Acción proporciona un subsidio a familias que mantienen a sus niños en la escuela, por un monto equivalente a 6 dólares mensuales por niño de educación primaria y a 12 dólares mensuales por estudiante de educación secundaria. Además se otorga un subsidio nutricional de 20 dólares mensuales, para familias con niños entre 0 y 7 años. Una de las ventajas adicionales de Familias en Acción es que al inscribirse los participantes pueden obtener documentos de identidad que les permite obtener atención médica subsidiada.

Además, cuando el hospital público estaba en huelga en un momento en que ella necesitó la operación, el asegurador arregló hacerla tratar en una clínica privada. No puedo imaginar una demostración más dramática de lo que la reforma colombiana ha alcanzado en solamente dos años

Esto no es un caso aislado. Cuando el hospital Universitario de Barranquilla (HUB) estuvo en huelga en 1998 y 1999 por más de 6 meses, el 85% de los servicios que tenía normalmente fueron remitidos a las otras entidades en la red local - clínicas privadas y públicas, o centros públicos primarios y secundarios. En términos más generales, la salud nacional y su cobertura creciente seguro oscila entre algunos 5 millones de beneficiarios casi inmediatamente. Sin embargo, después de 3 años, el aumento importante en cobertura ha ocurrido en los primeros dos quintiles de la población. En 1993, es de aproximadamente 8% de los dos quintiles más pobres tenía seguro comparado a aproximadamente el 30% de éstos en una renta más alta. En 1998, estas figuras tenían un aumento hasta el 53% y el 67%, respectivamente. Cerca de 8 millones de Colombianos que tenían poco o nada de acceso al seguro médico, particularmente para los altos tratamientos de costo, están ahora subsidiados desde que el régimen fue puesto en ejecución. (William D. Savedoff 2000)

3 EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LA REGIÓN CARIBE

3.1 Caracterización de la población afiliada y no afiliada al régimen subsidiado en la Región Caribe

Como se observa en la tabla 1, se presentó un aumento entre 1997 y 2003 en la afiliación al Régimen Subsidiado, en las cuales se incluyen las ARS y las empresas solidarias.

También se observa que la Región Caribe, presentó un aumento inferior si lo comparamos con la Región Pacífica, y sobre todo que esta tendencia se mantiene para los dos periodos que se muestran en la tabla, a si mismo Bogotá es la región que mayor régimen contributivo presenta, siendo inferior el régimen subsidiado.

Tabla 1. Población afiliada y no afiliada al SGSSS en la Región. 1997 y 2003.

Región	ECV 1997			ECV 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliados	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Caribe ¹⁷	29.6	13.2	57.2	29.2	26.3	44.5
Oriental	35.4	26.8	34.7	37	28.8	34.3
Occidental	35.5	16.3	48.1	29.9	23.4	46.7
Pacífica	35.4	18	43.6	17	35.6	47.5
Bogotá	59.9	5.5	34.6	62.9	14.7	22.4
Antioquia	53	11.9	35.1	44.7	19.4	35.9
Valle				44.8	13.4	41.8
San Andrés	64.5	24.7	21.4	64.6	19.1	16.3
Orinoquía-Casanare	45.1	15.6	30.2	37.4	28.1	34.5
Total Nacional	41.6	15.6	42.8	38.7	23.1	38.2

Fuente: Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

1/ En la ECV hace referencia a la Región Atlántica; no obstante, en este trabajo se referirá a la Región Caribe.

En la tabla 2, que muestra la población afiliada por grupo étnico se puede observar que las personas de color son las que mas presentan afiliación a salud tanto contributiva como subsidiada, siendo la primera de un 6% y la segunda de un 8% respectivamente, pero paradójicamente una parte significativa de personas de color negro no están afiliadas a ninguno de los dos regimenes presentando un indicador de 8.6% siendo mayor si se compara con el porcentaje de afiliación que poseen estas personas. Seguido de esto los indígenas presenta un porcentaje significativo de afiliación en salud subsidiada con un 5.6% y un 2.6% de no afiliación a ninguno de los dos regimenes.

Tabla 2. Población afiliada y no afiliada al SGSSS por grupo étnico en la Región Caribe. 2003

Grupo étnico	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Indígena	2,1 %	5,6%	2,6%
Minorías étnicas	0,0%	0,07%	0,0%
Negro	6,0%	8,4%	8,6%
Otro	91,9%	85,9%	88,7%

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

1/ Incluye a los grupos Gitano y raizal del archipiélago

En la tabla 3, se puede observar que las personas solteras son las que mas cuentan con salud subsidiada, con un 34.8%, sin embargo no esta muy lejos de la contributiva que es de un 30.8% pero; una parte considerable de ese tipo de población no tiene garantizado atención en salud ni contributiva ni subsidiada presentando un indicador de no afiliación de un 42.8%, que los que muestra en afiliación.

Ahora para el caso de las personas casadas ocurre todo lo contrario, poseen mayor afiliación a salud contributiva con un 34.7% frente a un 14.5% de salud subsidiada, siendo un margen un poco alto si comparamos ambos indicadores.

Para el caso de las personas en unión libre, presentan una mayor afiliación al régimen subsidiado con un 34.3%; no obstante, en la tabla esta población de la Región Caribe también muestra que una parte medianamente significativa no esta afiliada a ningún sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Por último, las personas viudas y separadas son lo que menos presentan afiliación al régimen contributivo y subsidiado e incluso gran parte de la población ni siquiera se encuentra afiliada a ninguno de los dos regimenes.

Tabla 3. Población afiliada y no afiliada al SGSSS por estado civil en la Región Caribe. 2003

Estado Civil	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Unión libre	21.7%	34.3%	29.1
Casado (a)	34.7%	14.5	11.6
Viudo (a)	4.4%	6.3	4.8
Separado (a), divorciado (a)	8.16%	9.8	11.5
Soltero (a)	30.8%	34.8	42.8

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

En la tabla 4 se puede observar que la mujer es la que mayor afiliación posee en cuanto a salud se trata, siendo predominante la del régimen contributivo con un 52.1% aunque no se aleja mucho del régimen subsidiado que es de un 50.5%. Es de resaltar que el indicador mostrado en la tabla 3 en cuanto a no afiliación a ninguno de los dos regimenes es un poco elevado con un 49.3%, no estando muy lejos de las probabilidades de afiliación que presentan las mismas. En cuanto a la población de hombres de la Región Caribe, caso contrario posee mayor afiliación a salud Subsidiada con un 49.4% no alejándose tampoco de la contributiva que es de 47.8%. Ocurre algo curioso en esta tabla, si se observa la población no afiliada en los dos géneros, presentan un indicador un poco elevado en cuanto a no afiliación al SGSSS.

Tabla 4. Población afiliada y no afiliada al SGSSS por género, en la Región Caribe. 2003

Género	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Hombre	47.8	49.4	50.6
Mujer	52.1	50.5	49.3

—Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

En la tabla 5 se encuentra que las personas con edades entre 0-12 años son los que más afiliación tienen tanto en régimen subsidiado como en el contributivo, es de anotar que es alarmante el indicador de niños no afiliados al SGSSS que es de un 46.6%, superando los indicadores mostrados en cuanto a afiliación, hecho que no debería ocurrir si la ley es enfática en determinar que tendrán primordial importancia en afiliación a salud los niños

menores de 6 años, rango que esta dentro de la categoría de 0-12 años que se muestra en la tabla.

Tabla 5. Población afiliada y no afiliada al SGSSS por edad, en la Región Caribe. 2003

Edad	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
0 - 12	42.7	41.8	46.6
13 - 18	6.9	8.6	8.7
19 - 25	6.8	6.8	10.9
26 - 35	12.9	10	11.4
36 - 45	12	10.3	8.6
46 - 55	7.6	8.6	5.2
Más de 55	10.8	13.5	8.3

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

Aquí podemos observar que en cuanto a razón de afiliación, el hecho de estar sisbenizados es el que mayor probabilidad posee para estar dentro del régimen subsidiado, con un 97.8% (Tabla 6).

Tabla 6. Razón de afiliación a algún sistema de salud, en la Región Caribe. 2003

Razón	Contributivo	Subsidiado
Le descuentan del salario o la pensión	27.1	0.0
Paga por su cuenta o directamente la afiliación	7.3	0.0
Paga completamente la empresa, o el patrón donde trabaja	0.4	0.0
Es familiar de un empleado, de un pensionado, de un trabajador independiente o de otro cotizante	64.9	0.0
Lo afiliaron a través del Sisbén	0.0	97.8
Pertenece a un resguardo indígena	0.0	2.2

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

En la tabla 7, se puede observar que en términos generales el estado de salud de los afiliados al SGSSS en la Región Caribe es bueno para los dos regímenes siendo mejor para los afiliados al contributivo con un 74%.

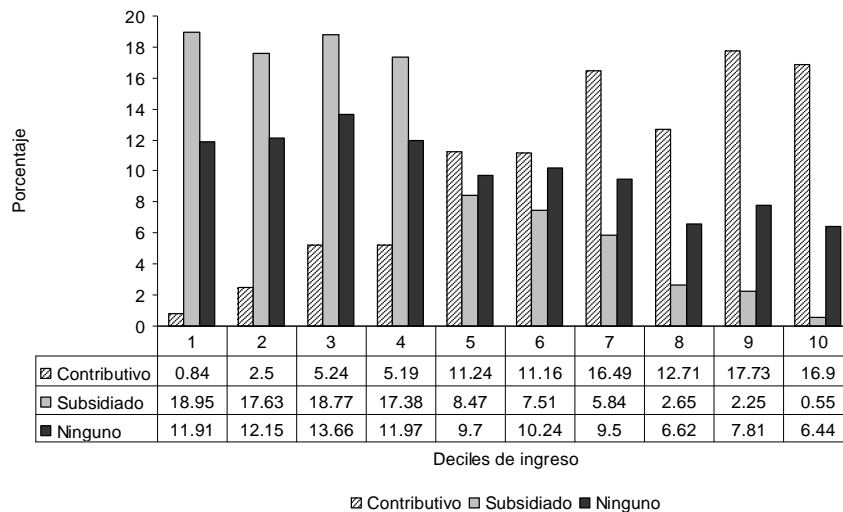
Tabla 7. Estado de salud de los afiliados o no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003

Razón	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Muy bueno	6.8	4.0	3.9
Bueno	74.6	59.3	69.5
Regular	17.1	32.5	24.0
Malo	1.3	4.0	2.5

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

En el gráfico 1, se observa que la afiliación al Régimen subsidiado en la Región Caribe es mayor para las personas en decil de ingreso 3 que para aquellos en los deciles de ingreso 1 y 2; adicionalmente, se encuentran afiliados al régimen subsidiado en deciles altos lo que claramente no debería suceder, si los afiliados al régimen subsidiados son personas con bajos ingresos.

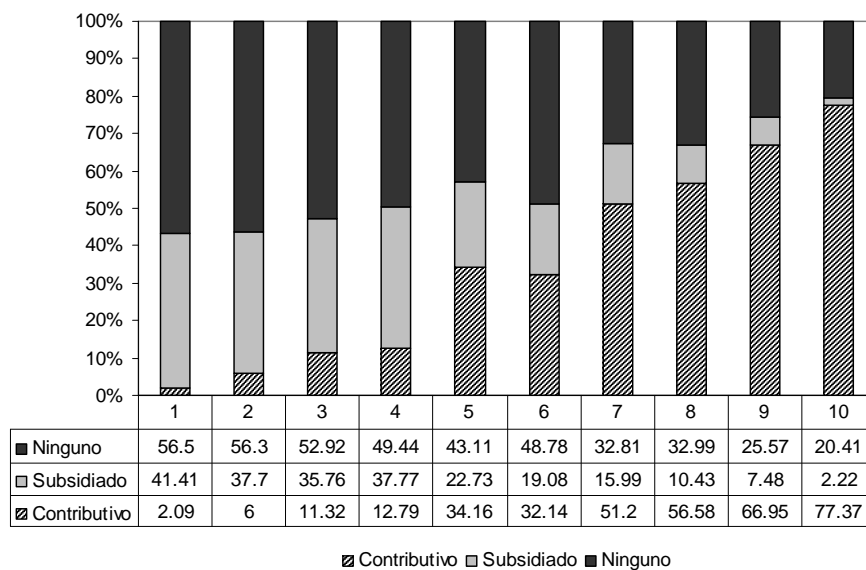
Gráfico 1. Afiliados al SGSSS en la Región Caribe, por decil de ingreso. 2003



Fuente: cálculos propios del autor a partir de ECV 2003

En la gráfica 2, se puede observar que se presenta una tendencia decreciente para la afiliación al régimen subsidiado a lo largo del decil de ingreso. Se observa que en los deciles bajos todavía hay un gran porcentaje de personas que no están afiliados a ningún régimen, lo que deja ver que aunque la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado, la cobertura es muy baja aún.

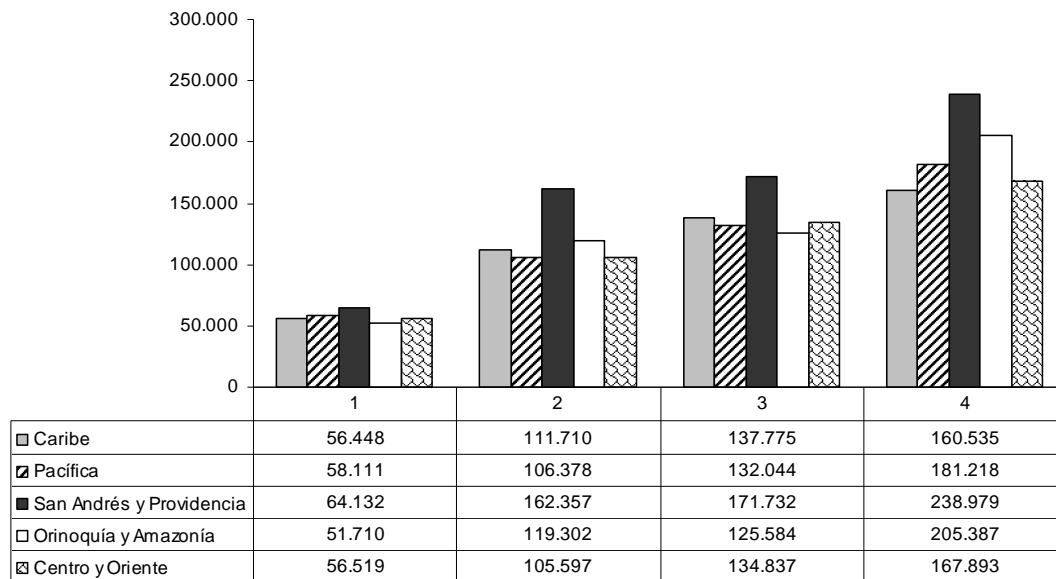
Gráfico 2. Afiliados al SGSSS en la Región Caribe, al interior del decil de ingreso. 2003



Fuente: cálculos propios del autor a partir de ECV 2003

En el gráfico 3 se estima que el ingreso per capita (por persona) en San Andrés Providencia es elevado mostrando una tendencia creciente en los periodos mostrados, lo que nos indica que en los habitantes de la Región Caribe, no poseen deciles de ingresos muy alentadores, lo que supondría a que en esta parte de la región la cobertura de salud subsidiada debe tener predominancia a la contributiva, si sabemos que para los deciles de ingresos bajos, las personas deben tener garantizada su asistencia en salud por el mecanismo de salud subsidiada (Sisben).

Gráfico 3. Ingreso per capita para los deciles 1 – 5 por Región. 2003



En la tabla 8 se puede observar que los periodos que se manejan entre remisión y consulta tanto de afiliación y no afiliación al régimen subsidiado, oscilan entre 1 y 8 días con una participación de 87.9% para el régimen contributivo y con un 80.7% para el subsidiado.

Tabla 8. Período entre remisión y consulta reportaron los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003

Días	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
1 – 8	87.9	80.7	94.4
9 – 15	5.6	5.2	0.0
16 - 30	6.3	1.7	5.5
31 - 60	0.0	5.9	0.0
Más de 61 días	0.0	6.5	0.0

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

La tabla 9 posee información de la calidad del servicio prestada a los afiliados y no afiliados al SGSSS, comparado para 2 periodos 1997 y 2003 obteniéndose un contraste de 5 años para las regiones de Colombia; se puede observar que la región Caribe presenta una disminución en cuanto a calidad de servicio se trata de un periodo a otro, pasando de un 80.6% en el rango de bueno a 78.9%; de igual forma, en la región pacifica también se presentó una disminución de un periodo a otro, iniciando con un 82.2% y finalizando con un 71.9%, el cuadro deja ver que en ninguna de las regiones de Colombia la calidad del servicio ha mejorado en los últimos 5 años, lo cual no debería ocurrir si los usuarios de este régimen son primordialmente personas muy vulnerables y que muchas veces no están en las mejores condiciones de salud, por lo que la calidad del servicio entra a jugar un papel muy importante para la atención de estas personas.

Tabla 9. Percepción sobre la calidad del servicio de los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 1997 y 2003

Región	ECV 1997			ECV 2003		
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo
Atlántico	80.6	15.0	4.4	78.9	15.7	5.4
Oriental	79.4	16.0	4.5	79.1	15.6	5.3
Pacífico	82.2	15.9	2.7	71.9	23.1	5.0
Central	83.3	13.2	3.5	78.4	15.7	5.8
Antioquia	87.3	10.7	2.0	78.6	15.1	6.3
Bogotá	83.1	13.5	3.3	75.9	17.0	7.1
Orinoquia	81.1	14.3	4.6	67.5	25.2	7.3
San Andrés	78.2	18.1	3.7	75.3	23.1	1.5
Total Nacional	82.5	14.1	3.5	77.8	16.5	5.7

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 1997 2003

En la tabla 10 se observa la percepción que tiene los afiliados acerca de la calidad del servicio, encontrándose que el 46,9% de los afiliados al régimen contributivo opina que los trámites son demasiados excesivos; mientras que en el caso del régimen subsidiado la mala atención del personal es el hecho que más influye en la percepción de la calidad del servicio.

Tabla 10. Aspectos más influyentes en la percepción de calidad del servicio para los afiliados y no afiliados al SGSSS, en la Región Caribe. 2003

Razones	Contributivo	Subsidiado	No afiliados
Trámites excesivos	46.9	11.7	24.2
Mala atención del personal administrativo	30.9	37.5	47.0
Falta de capacitación, conocimientos o habilidad del personal asistencial	4.2	12.8	11.0
Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario	11.2	29.1	0.0
Otro	6.6	8.6	17.7

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

4. Metodología de análisis

Para analizar las diferencias que existen en cuanto a la afiliación al régimen subsidiado de salud en la Región Caribe, se utilizó un modelo probit, que es muy utilizado en los diferentes estudios que tratan el tema de la salud.

$$Y_i = f(X_i, X_h, I_i, X_r, X_t, \mu_i)$$

Este modelo permite determinar la probabilidad de estar afiliado al régimen subsidiado de salud, en función de las características de cada individuo y el entorno en el que se mueve

Donde Y_i toma el valor de uno si la persona está afiliada al régimen subsidiado y cero en el caso de que no lo esté. X_i es la variable región caribe que toma el valor de uno si el individuo pertenece a la región caribe, X_h corresponde a las características socioeconómicas de los posibles afiliados al régimen subsidiado de salud (vivienda, ingreso familiar, nivel educativo), I_i esta variable tiene que ver con el interior del decil del ingreso del hogar (ingresos, consumo per capita del hogar), X_r está ligada al sexo de los potenciales afiliados donde toma el valor de uno si es hombre y 2 si es mujer, X_t contienen otras especificaciones de la familia como (edad, estado civil, proporción de ocupados en el hogar), y por último μ_i tiene que ver con los otros posibles factores que existen para la afiliación al régimen subsidiado de salud en la Región Caribe.

4.1 Fuentes de información

La fuente de información primaria a utilizar es la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) que realizó el Departamento Nacional de Estadísticas entre 24.090 hogares ubicados en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y las regiones Atlántica, Oriental, Pacífica, Central, Orinoquia y San Andrés y Providencia en el año 2003.

Esta encuesta de calidad de vida (ECV) es el segundo ejercicio que brinda más información de tipo social después del censo nacional y tiene una confiabilidad del 95%.

4.2 Estimación de un modelo para el régimen subsidiado en la Región Caribe

En la tabla 11 se puede observar que si el afiliado al régimen subsidiado está ubicado en la Región Caribe, tiene un 1,6% menos de probabilidad de afiliación que si está ubicado en cualquier otra región del país; mientras que para los que están en la Región Pacífica la probabilidad de afiliación aumenta en un 7%. De igual forma el rango de la edad también influye en la probabilidad de afiliación entre menos edad se tiene mayor es la probabilidad de afiliación, oscila en entre 0-12 años

Tabla 11. Determinantes de la afiliación al régimen subsidiado a nivel nacional
AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Variable	Coefficiente	Error estándar robusto	dy/dx
Edad	-0,0783206*	0,0023678	0,0300101**
Edad2	.0018236***	.0000577	.0006988
Edad3	-.0000115	4.23e-07	-4.41e-06
Soltero	1669189	.0071112	.0640734
Afrodescendiente	-.3719654	.0107566	-.1341549
Indígena	1850486	.018676	.0723022
Región Caribe	-.0429459	.0094572	-.0163745
Región Pacífica	.2031807	.0109659	.0791937
San Andrés y Providencia	6657959	.0322411	.2605567
Orinoquía y amazonía	2511377	.022601	.0986104
Consumo	-1.62e-06	5.19e-08	-6.22e-07
Proporción de ocupados	-.0501196	.003849	-.0192043
Número de hijos	.0316644	.0021364	.0121328
Primaria incompleta	-.0266209	.0062597	-.0102016
Primaria completa	.0857568	.0173194	.0332001
Secundaria incompleta	.0004385	.0120598	.000168

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

- *significativa al 90% 0.10
- **significativa al 95% 0.05
- ***significativa al 99% .0.01

En la tabla 12 se puede observar que si las personas son solteras y si aumenta el número de hijos en el hogar es más probable que se afilien al régimen subsidiado, también se puede observar que la persona menos preparada en cuanto a educación posee una variable significativa en la probabilidad de afiliación al régimen subsidiado

Tabla 12. Determinantes de la afiliación al régimen subsidiado en la Región Caribe
AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Variable	Coefficiente	Error estándar robusto	dy/dx
	-		
Edad	0,0283567**	0,0067027	-0,0107932
Edad2	.0008757	.0001607	.0003333
Edad3	-6.29e-06	1.16e-06	-2.39e-06
Soltero	.0985127	.0208685	.0375414
Afrodescendiente	-.0991503	.0283592	-.0372394
Indígena	.4456479	.0405886	.1753307
Consumo	-1.19e-06	1.24e-07	-4.51e-07
Proporción de ocupados	-.112255	.0121839	-.0427269
Número de hijos	.0259429	.0060455*	.0098745*
Primaria incompleta	.009663*	.0180729	.0036775**
Primaria completa	146419	.0674698	.0567603
Secundaria incompleta	.070342	.0458151	.0270221

Fuente: Cálculos del autor a partir de la ECV 2003

- *significativa al 90% 0.10
- **significativa al 95% 0.05
- ***significativa al 99% .0.01

5 CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que si una persona se encuentra en la Región Caribe es menos probable que se afilie al régimen subsidiado; mientras que en la Región Pacífica es más probable que las personas se encuentren afiliadas al régimen subsidiado, lo que deja ver que en la región aunque ha aumentado el número de afiliados, la proporción no llega a lograr coberturas altas en los deciles de ingresos más bajos; encontrándose aún un gran porcentaje de población con ingresos bajos que no se encuentra afiliada a ningún régimen en salud.

Por otra parte, la calidad del servicio ha desmejorado, si se comparan los resultados de 1997 con los de 2003; se encuentra que para todas las regiones las personas que piensan que el servicio obtenido en el régimen subsidiado es bueno, disminuyó; la causa principal de su mala percepción del servicio es la mala atención del personal.

Al analizar las características de los individuos, que influyen en la probabilidad de afiliación al régimen subsidiado se encuentra que las mujeres, las personas solteras y las personas que tienen educación incompleta poseen mayor probabilidad de afiliación al régimen subsidiado; mientras que los afrodescendientes tienen menos probabilidad de afiliación al régimen subsidiado.

Al analizar características del hogar como consumo y número de hijos se observa que ante aumentos de éstos, se aumenta la probabilidad de afiliación al régimen subsidiado; pero que al aumentar el número de ocupados la probabilidad de afiliación baja.

BIBLIOGRAFIA

Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñalosa E, Puente C, Reyes S (1999). “Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso”. CENDEX-Pontificia Universidad Javeriana.

Flórez C & Tono R. (2002). “La equidad en el sector salud: una mirada de diez años”. Fundación Corona. Fundación Ford.

Peñaloza M (2005) “Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993”. ARCHIVOS DE ECONOMIA. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos

Peñaloza Enrique & HENAO L. (2002). “Régimen Subsidiado de Salud en Colombia: Evaluación y Propuestas de Ajuste”. Fundación Corona. Pontificia universidad Javeriana.

Ortiz R (2003) “Inequidad Étnica y Racial en la Afiliación al Régimen Subsidiado en Salud en Colombia”.

Seguimiento en Sector Salud en Colombia así Vamos en Salud “Cobertura de la seguridad social en salud 1999-2004”

Claudia Viviana Madies, Silvia Chiarvetti Y Maria Chorny 2000 “Health Insurance and Health Coverage: Two Critical Issues with The Context Of Health Sector Reform”

Mónica Bolis, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 2001 “Los marcos regulatorios y la construcción de la solidaridad en Salud”

ROSENBERG, H. y ANDERSSON, B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000. OPS/OMS, Washington, D.C.

Servicio De Salud En Colombia Ley 691 (2001)

Salud Subsidiada Para Grupos Étnicos En La Región Caribe Indymedia Colombia 2005

Jaramillo, I (1995) “El futuro de la salud en Colombia”

William D. Savedoff (2000) “Reaching the Poor through Demand Subsidies: The Colombian Health Reform”

ANEXO

Glosario Variables mencionadas en la investigación

Accesibilidad: garantiza el acceso oportuno de las personas menos favorecidas, seas por cuestiones economías sociales y de raza.

Acceso Al Régimen Subsidiado: la forma como tal que tienen los habitantes de obtener servicio subsidiado de salud.

Afiliación: es la vinculación a una institución cualquiera que esta sea, pero para tal caso en salud subsidiada

ARS: Son entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado de seguridad Social en salud. Estas pueden ser: Cajas de Compensación Familiar, Empresas Solidarias de Salud.

Calidad De La Atención En Salud: garantiza el servicio óptimo y eficaz para las personas que están vinculadas a salud subsidiada.

Cobertura: Es el rango de posibilidades que tienen los habitantes de acceder a salud subsidiada.

Cotización: se denomina cotización a las cuantías que los trabajadores deben ingresar al estado en concepto de aportación a la seguridad social. Este tipo de aportación en algunos países recibe el nombre de cotización provisional, y es la fracción, usualmente mensual, de un sueldo o salario depositado por el empleado o empleador (mediante retención) en un sistema de seguridad social.

Densidad Familiar: es el promedio que beneficiarios que existen de un régimen y de otro (subsidiado o contributivo)

Densidad Salarial: es el promedio de ingresos de los afiliados lo que ganan monetariamente, sobre el cual se hace un aporte a la seguridad social.

ECV: encuesta de calidad de vida, esta encuesta es realizada a nivel nacional donde posee una muestra muy considerable y la cual permite realizar cálculos con un porcentaje de confiabilidad muy bueno.

EPS: Entidad Promotora de Salud. Es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud delegados por el FOSYGA.

Familias En Acción: es uno de los 3 programas de la red de apoyo social para neutralizar los efectos que tiene la crisis económica y que en este caso golpea a la salud.

Fosyga: Fondo de solidaridad y garantía es una cuenta de administración de recursos para el subsidio y promoción de la salud y del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Inequidad: se presenta cuando no existe igual posibilidades para todos en este caso en salud, quiere decir cuando un habitante goza de salud ya sea de régimen contributivo o subsidiado mientras que otra no.

Modelo probit: modelo de estimación que surge de una función de distribución densidad acumulada normal.

Poss: plan obligatorio de salud subsidiada, es un paquete de medicinas, exámenes y tratamientos básicos a las que tienen derecho los afiliados al régimen subsidiado.

Prestación Del Servicio: es el servicio que esta obligado a proporcionar la ARS donde se encuentre inscrito el afiliado.

Punto De Solidaridad: es uno de los 12 puntos porcentuales que asignan los que pagan salud contributiva para la salud subsidiada.

Régimen Subsidiado. Se presenta para los afiliados que no poseen un ingreso per cápita suficiente que supla o le garantice seguridad social, por eso se le brinda salud ya sea parcial o total.

Régimen Contributivo: es donde los afiliados realizan un aporte mensual, dependiendo de los ingresos que él mismo perciba.

Sisben: Es un Sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel de estándar de vida o de pobreza, medido por un indicador continuo y sirve como instrumento para la selección de beneficiarios de subsidios de gasto social en salud, educación, vivienda, bienestar familiar.

Variable Dummy: variables que son esencialmente cualitativas por naturaleza (Ej.: sexo, raza, religión, etc.).